

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE N°

247

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 mars 1901, à 1 heure

Par ADRIEN VAREILLAUD

Né à Limoges (Haute-Vienne), le 20 janvier 1869

DE

L'ICTÈRE ACHOLURIQUE
HÉMORRHAGIPARE

ET DES

HÉMORRHAGIES AU COURS DE L'ICTÈRE ACHOLURIQUE

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. TERRIER, professeur.
GILLES DE LA TOURETTE et LEJARS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

13, rue Racine, 15

—
1901

247

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

N° —

— THÈSE —
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 mars 1901, à 1 heure

Par ADRIEN VAREILLAUD

Né à Limoges (Haute-Vienne), le 20 janvier 1869

DE

L'ICTÈRE ACHOLURIQUE
HÉMORRHAGIPARE

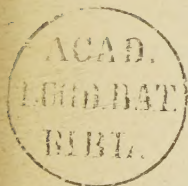
ET DES

HÉMORRHAGIES AU COURS DE L'ICTÈRE ACHOLURIQUE

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : { MM. TERRIER, professeur.
GILLES DE LA TOURETTE et LEJARS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1901

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Professeurs		M. BROUARDEL
Broyen.		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pat ologie médicale		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		BRISAUD.
		CHANTEMESSE
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladie des enfants		DIEULAFOY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux		FOURNIER.
		RAYMOND.
		BERGER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELHET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LESUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES TANTES

A MON ONCLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JOFFROY

Chevalier de la Légion d'honneur.

DE

L'ICTÈRE ACHOLURIQUE

HÉMORRHAGIPARE

ET DES

Hémorrhagies au cours de l'ictère acholurique

AVANT-PROPOS

Nous tenons, avant tout, à témoigner notre profonde gratitude à M. le professeur agrégé Gilbert, médecin de l'hôpital Broussais, qui a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse inaugurale et nous fournir les matériaux nécessaires à notre tâche.

Nous remercions bien sincèrement M. P. Lereboullet, interne de M. Gilbert, qui, pour nous aider dans notre travail, nous a prêté son dévoué et précieux concours.

Arrivé à ce moment décisif de nos études, nous ne saurions manquer aux devoirs de reconnaissance que nous avons à remplir envers nos maîtres. Nous devons tout particulièrement remercier MM. les docteurs Prosper

Lemaistre, Boulland et Justin Lemaistre, de Limoges.

A Toulouse, MM. les professeurs Mossé, Jeannel et Caubet, furent très bienveillants pour nous.

Nous rendrons hommage à la mémoire de MM. les professeurs Tarnier et Potain, nos vénérés maîtres à Paris, où nous avons pu profiter de leurs savants enseignements et de ceux de MM. les professeurs Tillaux et Guyon.

Nous n'oublierons pas l'aimable accueil qui nous a été fait, à Bordeaux, par M. le professeur Coyne et MM. les professeurs agrégés Le Dantec et Chambrelent.

M. le professeur Joffroy nous a fait le très grand honneur de présider à la soutenance de notre thèse : nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Une des questions qui semble avoir le plus préoccupé les observateurs anciens et modernes, est celle des hémorrhagies dites essentielles. Ce qualificatif vague ne satisfaisait nullement leur esprit. C'était se payer facilement de mots devant un symptôme dont les conséquences pouvaient être très graves. Puisque certaines hémorrhagies ne dépendaient pas des lésions de l'organe où elles se produisaient, on devait en trouver ailleurs la cause. Les recherches amenèrent à décrire les épistaxis, les stomatorrhagies, les hématomèses, les entérorrhagies, les ménorrhagies, les hématuries, les hémorrhagies rectales, le purpura, etc., relevant soit d'une affection du cœur, soit d'une affection des reins, soit d'une maladie infectieuse, soit de l'impaludisme, etc. Mais, quelque efforts que l'on ait faits pour rattacher les hémorrhagies à une cause, il en est qu'on a dû, faute d'une donnée étiologique précise, qualifier d'hémorrhagies essentielles.

Telles sont les épistaxis dites de croissance, les ménorrhagies dites essentielles. Et c'est même pour grouper en un état morbide certaines hémorrhagies que l'on a cru devoir établir un type spécial sous le nom de chlorose ménorrhagique.

A côté de ces faits se placent aussi, ceux de purpura dit idiopathique, d'hémoptysies, de gastrorrhagies, d'hématuries, d'hémoglobinuries dites essentielles.

A quoi sont dues ces hémorrhagies? Doit-on renoncer à trouver leur cause? Ou bien n'est-ce pas une insuffisante observation qui empêche seule de savoir à quoi elles répondent? C'est ce que nous nous proposons de voir dans ce travail. Nous nous occuperons des hémorrhagies d'origine hépatique et parmi celles-ci nous étudierons plus spécialement les épistaxis, les ménorrhagies et la chlorose dite ménorrhagique, recherchant surtout si on ne peut rattacher les cas douteux que nous rencontrerons dans la littérature médicale, à une affection des voies biliaires connue depuis peu, *l'ictère acholurique*, affection dont les manifestations extérieures, les hémorrhagies mises à part, peuvent être si légères qu'elles passent inaperçues.

Récemment, en effet, MM. Gilbert et Lereboullet ont attiré l'attention sur ce type morbide spécial particulièrement fréquent : *l'ictère acholurique*, ictère caractérisé par une teinte jaunâtre des téguments avec présence de pigments biliaires dans le sérum et absence de ceux-ci dans l'urine. Ils ont placé cet état de cholémie chronique légère sous la dépendance d'une infection atténuée des voies biliaires. Ils ont montré les multiples conséquences qui en résultaient. Parmi celles-ci, ils ont signalé les hémorrhagies et ont observé que, dans certains de leurs cas, des épistaxis abondantes, des ménorrhagies, une anémie post-hémorrhagique, avaient été le symptôme

primordial de la maladie. Ils ont donc admis une forme hémorragique de l'ictère acholurique.

C'est de cette forme que nous voulons, sur leur conseil, reprendre l'étude, nous basant sur les faits que nous avons pu suivre auprès d'eux. Nous nous attacherons à montrer d'une part, la fréquence des hémorragies au cours de l'ictère acholurique — que ces hémorragies soient le seul symptôme pathologique ou qu'elles s'accompagnent d'autres troubles (dyspepsie, neurasthénie, hystérie) — et d'autre part, la possibilité de retrouver l'ictère acholurique à l'origine de nombre d'hémorragies dites encore essentielles.

HISTORIQUE

Si la donnée de l'ictère acholurique est nouvelle il n'en est pas moins vrai que les faits qu'il vise ont, sans doute, frappé certains observateurs anciens. Et l'on pourrait assurément retrouver dans la littérature médicale, dans les mémoires ou communications traitant de l'influence du foie sur les hémorrhagies, des faits susceptibles d'être rattachés à l'ictère acholurique.

Pourtant *Monneret* (1) lorsque, dans un mémoire publié en 1849, il attirait l'attention des observateurs sur « les hémorrhagies d'origine hépatique », et, en 1854, communiquait quelques observations sur « les hémorrhagies dans les maladies du foie », paraît avoir eu en vue des affections du foie bien définies : ictère, cirrhose, et il ne semble pas avoir aperçu des états analogues à celui que nous nous proposons de décrire.

Plus nets sont les faits de *Verneuil* (2) qui, en 1887, rapporte que dans trois cas d'épistaxis rebelles il obtint la guérison en faisant, empiriquement, appliquer un vésicatoire sur la région du foie, et il ajoute : « Je crois pouvoir affirmer que certaines épistaxis apyrétiques, à

1. Monneret, *Archives générales de Médecine*, juin 1854.

2. Verneuil, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, avril 1887.

« répétition, à marche relativement bénigne, sont sous
« l'influence de lésions anciennes, latentes et peu graves
« du foie ».

Le même auteur est revenu sur cette question en 1891 (1) à propos des épistaxis juvéniles héréditaires. Comme résumé des observations qu'il cite — et dont plusieurs semblent justiciables du diagnostic rétrospectif d'ictère acholurique hémorrhagipare — il recommande, lorsqu'on se trouve en présence de stomatorrhagies, d'épistaxis, de ménorrhagies, de purpura, de s'enquérir des affections évidentes ou latentes de la glande hépatique du sujet. Si cette enquête ne donne pas de résultats probants, on doit remonter aux ascendants et rechercher s'ils ont été atteints soit de lithiase biliaire, soit de cirrhose, etc. Entre autres points, il a noté que la teinte jaunâtre des téguments était accompagnée de saignements de nez assez fréquents.

A côté de ces faits de Verneuil, on pourrait trouver d'autres cas d'épistaxis épars dans la littérature médicale, mais les données que nous avons à leur sujet ne sont pas suffisamment explicatives pour qu'il soit possible de porter un diagnostic rétrospectif net et de les rattacher sûrement à une affection des voies biliaires.

Mais les épistaxis n'ont pas été les seules hémorrhagies qui ont retenu l'attention des observateurs. C'est ainsi que les auteurs anciens insistaient sur les « pertes » au cours des maladies du foie. *Stoll* signale des « hémorrhagies utérines fréquentes » dans la *constitution inflamm-*

1. Verneuil, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1891.

matoire de 1778. *Nigel Starch* (1) note « un flux menstruel abondant revenant toutes les deux ou trois semaines chez une femme à teint jaune dont le foie n'a pas subi d'altérations positives dans ses dimensions.

C'est surtout *Dalché* (2) qui, en 1897, fait remarquer les perturbations apportées aux fonctions menstruelles par la lithiase biliaire, les cirrhoses, les ictères catarrhal et infectieux. Il a observé que, sous l'influence de la colique hépatique franche, les règles deviennent de véritables ménorrhagies. Si les accès se répètent, les règles avancent ou retardent. Mais ajoute-t-il, une crise fruste, surtout si elle provoque une notable congestion du foie, retentit, parfois, sur la matrice autant que l'accès le plus violent.

Les cirrhoses, même au début de l'affection, entraînent pour lui, plutôt l'aménorrhée que les ménorrhagies.

Les ménorrhagies peuvent survenir, enfin, au cours d'un ictère catarrhal ou d'un ictère infectieux bénin.

Mais, si *Dalché* a eu en vue surtout, lui aussi, des maladies constituées du foie, on peut se demander si, dans certains des cas de lithiase biliaire qu'il rapporte, l'ictère acholurique n'a pas un rôle dans la production des hémorrhagies. On sait, en effet, que l'ictère acholurique est fréquent chez les lithiasiques (le teint bilieux de ceux-ci, dans l'intervalle de leurs crises, en est une preuve). Leurs hémorrhagies semblent, dans au moins une part, justiciables de cette interprétation.

1. *Nigel Starch. Glasgow Medical journal*, 1890.

2. *Dalché. Société médicale des Hôpitaux* novembre 1897.

A côté des ménorrhagies se place la chlorose dite ménorrhagique dont l'existence reste discutée.

Dans la thèse de Gaullieur l'Hardy (1) nous lisons : « A l'aménorrhée ou à la diminution des règles que l'on rencontre dans la majorité des cas, se substitue la perte « exagérée de sang au moment des époques. » Et plus loin : « La pathogénie des hémorrhagies utérines dans la « chlorose ne laisse pas d'être fort embarrassante. »

Mais *Georges Netter* (2) élève de Hayem, en analysant les observations publiées sur la chlorose ménorrhagique, nie justement qu'il s'agisse de véritable chlorose. Pour lui, la chlorose ne s'accompagne pas de ménorrhagie. Il y a des ménorrhagies, avec anémie consécutive, du fait d'affections cardiaques, de lésions locales génitales, enfin de névroses et de névralgies. Il s'abstient, toutefois, de préciser le rapport qui existe dans ces cas entre la névrose et le trouble menstruel.

Or pour nous, peut-être y a-t-il moyen d'être plus formel. Nous aurons, en effet, l'occasion de montrer comment on peut admettre qu'ici le trouble nerveux et le trouble menstruel sont sous la dépendance d'une même cause : l'ictère acholurique.

Même incertitude se retrouve dans l'étude du purpura. L'origine hépatique de certains purpuras a été soutenue, mais cette origine est mise en doute même pour les cas où il existe des lésions évidentes et, dans une thèse récente, *Mourre* (3) croit pouvoir conclure que le purpura n'est

1. Gaullieur l'Hardy *Thèse de Paris* 1897.

2. G. Netter *Thèse de Paris*. 1899.

3. Mourre, *Thèse de Paris* 1900,

pas d'origine hépatique dans ces cas, parce qu'il existe des purpuras sans lésions objectivement constatables du foie. Et *Lancereaux* (1), en étudiant les hémorrhagies d'origine névropathique, insiste surtout sur le purpura qui, selon lui, aurait souvent cette origine névropathique. Ici, de nouveau, se pose la question que nous soulevions à propos de la chlorose ménorrhagique. Vraisemblablement, la névropathie n'est que la conséquence d'une même cause, l'ictère acholurique.

Donc, il semble bien que si l'on trouve, épars, divers faits, notamment ceux de Verneuil, qui montrent le rôle du foie dans certaines hémorrhagies dites essentielles, rien de précis n'a été avancé. Ce n'est que par hypothèse que l'on a pu rattacher ces hémorrhagies dites essentielles à une affection du foie ; rien ne permettait, en effet, d'affirmer celle-ci. Aussi peut-on dire que, si la notion d'ictère acholurique amène une certitude, c'est parce qu'elle apporte par l'examen du sérum et la présence des pigments biliaires dans celui-ci, un élément de diagnostic qui manquait absolument dans les précédentes observations.

Avant, donc, de montrer comment les hémorrhagies se retrouvent dans l'ictère acholurique, il nous faut rapidement rappeler, d'après le mémoire de MM. Gilbert et Lereboullet (2), les bases du diagnostic de l'ictère acholurique et les différents troubles qui l'accompagnent.

1. *Lancereaux Société Médicale des Hôpitaux* Nov. 1900.

2. MM. Gilbert et Lereboullet. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 2 novembre 1900.

DESCRIPTION DE L'ICTÈRE ACHOLURIQUE

Symptômes constants.

Ictère cutané. — Il est caractérisé par une teinte jaune générale des téguments, surtout appréciable à la face sans imprégnation, toutefois, des conjonctives (au moins dans la règle).

La peau est souvent d'un jaune mat, sans rougeur des pommettes, le malade « n'a pas de couleurs ». Parfois aussi, le teint est très chaud, très coloré, rougissant facilement, mais le fond du tégument est toujours jaunâtre. Le teint peut être comparable à celui ou de l'Oriental ou du Créole ou de l'Arabe, suivant les cas. Il peut rappeler encore, assez souvent, le teint des chlorotiques.

Cette teinte est très variable d'intensité d'un sujet à un autre et chez un même sujet observé à des moments différents. Elle s'accroît soit pendant la période digestive, soit à l'occasion d'une fatigue ou de la menstruation, soit lors d'une émotion et d'une irritation vives, soit au cours d'une maladie intercurrente.

La teinte jaune reste quelquefois localisée, ou tout au moins prédominante, à certains points. A la face : aux sillons naso-labiaux, au pourtour des lèvres ; sur le reste du corps : à la paume des mains, à la plante des pieds.

Parfois les téguments sont seulement jaunâtres et l'ictère cutané peut être si peu accusé qu'il est indispensable, pour arriver à le saisir, d'examiner le sujet en pleine lumière et sous certaines incidences.

Un tel ictère, cela se conçoit, peut très facilement passer inaperçu.

Aussi faut-il compléter l'étude du malade par l'examen du sang, celui des urines et par la recherche de divers symptômes.

Examen du sérum. Technique. — Il suffit de recueillir quelques centimètres cubes de sang de la façon suivante : on place la main dans une situation déclive et, après lavage d'un doigt, on pique la pulpe digitale avec une lancette flambée. On laisse le sang tomber goutte à goutte dans une petite éprouvette très propre et sèche. Si l'écoulement, qui est le plus souvent facile, avait des tendances à diminuer, on pourrait, au besoin, l'activer en exerçant des pressions sur les parties latérales du doigt. Mais il faut avoir soin d'éviter que le sang s'écoule en bavant sur les bords de l'éprouvette, ce qui pourrait nuire à la rétraction ultérieure du caillot. Lorsque 4 ou 5 cc. de sang environ ont été obtenus, on ferme l'éprouvette et on l'abandonne dans un endroit frais (1). Le

1. Naturellement il peut être bon, si les conditions d'examen le permettent, de recueillir le sang dans la veine, par ponction aseptique. Mais, le plus souvent, la prise du sang à la pulpe digitale suffit. Le procédé de la ventouse scarifiée peut avoir son utilité mais plus douloureux et plus compliqué que la simple piqûre, il a l'inconvénient de donner un sérum souvent mêlé d'hémoglobine, ce qui est précisément l'écueil à éviter.

lendemain le sérum à transsudé : on l'aspire avec une pipette. La teinte de ce sérum est, suivant les cas, ou d'un jaune verdâtre plus ou moins accentué ou, parfois, d'un jaune orange plus ou moins intense.

On pratique l'examen spectroscopique et on constate un effacement ou un assombrissement de la partie droite du spectre.

On peut, enfin, compléter cette recherche en soumettant le sérum à la réaction de Gmelin, faite suivant le procédé préconisé récemment par Hayem, procédé qui consiste à verser quelques gouttes d'acide nitrique nitreux dans un tube étroit, puis à faire arriver au-dessus deux à trois gouttes de sérum. L'albumine se coagule et, à la limite inférieure du coagulum, se dessine un anneau jaune qui, peu à peu, envahit tout le coagulum. Lorsque la réaction est positive, l'anneau est d'un jaune verdâtre accentué tirant sur le bleu. Seule cette teinte verdâtre est caractéristique (1). Cette réaction est le plus souvent faible ou nulle, parfois pourtant positive.

Il peut être bon de rechercher, en outre, la présence de l'urobiline, mais cette recherche est, le plus souvent, négative elle aussi.

La présence dans le sérum de pigments biliaires vrais ou modifiés est donc un symptôme constant de l'ictère acholurique.

Urines. — On ne constate aucune élimination de pigments biliaires vrais ou modifiés. Les urines sont abon-

1. On peut employer aussi pour cette recherche la méthode de Salkowski récemment conseillée par Gilbert et Castaigne (Société de biologie, 1899) à propos de la recherche des pigments biliaires dans le sérum des pneumoniques avec ictère hémaphérique des téguments.

dantes, claires, parfois remarquablement pâles (urines leucosuriques). Un examen chimique soigné des urines concentrées révélera, peut-être, parfois, des traces de pigments biliaires. Mais, dans la règle, même en employant des méthodes spéciales, on ne peut les mettre en évidence et, cliniquement tout au moins, l'acholurie est un symptôme fondamental.

Elles ne contiennent, en règle, ni indican ni urobiline (parfois, pourtant, celle-ci a été constatée en faible quantité). L'urée est en proportion normale.

Foie et rate. — Le foie est sensiblement normal. Dans quelques cas seulement il semble déborder légèrement les fausses côtes, mais sans déformations appréciables.

La rate n'est pas hypertrophiée.

L'absence de troubles objectifs du foie et de la rate est encore une des caractéristiques de cet état morbide.

Ainsi caractérisé cliniquement, l'ictère acholurique peut s'accompagner d'une série de symptômes qui sont sous sa dépendance et qui aident, jusqu'à un certain point, à en faire le diagnostic.

Symptômes consécutifs

Nous ne pouvons ici entrer dans des détails sur ces divers points : le travail de MM. Gilbert et Lereboullet les expose plus complètement. Nous nous contenterons donc de citer les principales formes que revêt l'ictère acholurique et d'en exposer, brièvement, les principaux symptômes.

Symptômes cutanés. — Les ictériques acholuriques font facilement de l'urticaire. Le xanthelasma est fréquemment observé chez ces malades.

Symptômes dyspeptiques. — La dyspepsie, sous diverses formes, se rencontre très souvent.

Symptômes nerveux. — Des *somnolences* fréquentes et marquées, surtout accentuées durant la période digestive, ont été notées.

Des *troubles neurasthéniques*, des *troubles hystériques*, ont été signalés. Il s'agit d'une neurasthénie secondaire au même titre que la neurasthénie gastrique ou hépatique, et de troubles hystériques qu'on peut rapprocher des diverses formes de l'hystérie toxique. Et c'est la fréquence de ces symptômes nerveux associés aux hémorrhagies qui nous font penser que bien des cas d'hémorrhagies dites névropathiques rentrent dans le cadre de l'ictère acholurique.

Symptômes rhumatismaux. — Certains malades peuvent souffrir de douleurs articulaires, musculaires ou osseuses, légères. Dans quelques cas la tendance aux arthralgies est assez marquée.

Enfin, à ces troubles peuvent se joindre des *symptômes hémorrhagiques* et ceux-ci peuvent dominer la scène. Ce sont eux que nous désirons surtout étudier.

DES HÉMORRHAGIES

DANS L'ICTÈRE ACHOLURIQUE

Les hémorrhagies le plus souvent observées jusqu'à présent au cours de l'ictère acholurique sont : les épistaxis, les stomatorrhagies, les ménorrhagies. Les recherches amèneront, nous n'en doutons pas, à restreindre le nombre des hémorrhagies dites encore essentielles. Peut-être, nous le souhaitons, trouvera-t-on dans l'ictère acholurique la cause de certaines gastrorrhagies, d'hémorrhagies rectales, d'hématuries, d'hémoglobinuries, de purpura, etc., etc, dont l'origine est mal précisée ou qui ont été mises sur le compte de l'hémophilie. En tous cas les hémorrhagies dues à l'ictère acholurique, sont ou spontanées ou provoquées.

Si dans certains cas, en effet, les hémorrhagies se produisent spontanément, et alors elles nous offrent le tableau clinique, soit d'épistaxis dites de croissance, soit de stomatorrhagies ou de ménorrhagies dites essentielles, il semble qu'elles soient, assez souvent, sous la dépendance d'une cause occasionnelle. Chez tel sujet, les épistaxis apparaissent en même temps que le plus banal des rhumes de cerveau, toutes les fois que le malade contracte le plus

léger coryza. Chez tel autre, la moindre contusion de la région nasale est suivie d'une hémorrhagie. Jusque-là rien que de très naturel. On obtient la guérison de la lésion locale ; l'hémorrhagie devrait s'arrêter. Les épistaxis n'en continuent pas moins à persister.

Certains saignent facilement des gencives. Ils ont à souffrir de stomatorrhagies assez fréquentes pour les inquiéter. Elles se renouvellent toutes les fois qu'ils se brossent les dents.

Chez un assez grand nombre de nos malades, enfin, les règles deviennent de véritables ménorrhagies. Les règles n'ont plus leur durée habituelle. Elles se prolongent pendant huit, dix, douze jours par mois, quelquefois davantage. Les ménorrhagies sont, parfois, presque constantes.

Nous nous trouvons donc en présence d'hémorrhagies et, pour en expliquer la production, nous sommes amenés à invoquer une cause qui, à elle seule, ne serait pas suffisante. Nous ne voyons pas, en effet, qu'un vulgaire rhume de cerveau puisse entraîner à lui seul des épistaxis, que la simple friction des gencives à l'aide d'une brosse à dents soit capable de déterminer des gingivorrhagies, que les règles soient normalement le point de départ de ménorrhagies.

Et pourtant, nous serions obligés de nous incliner devant les faits que nous avons rencontrés si, de ce que nous avons observé, nous ne pouvions conclure que l'ictère acholurique crée une prédisposition aux hémorrhagies.

Le plus souvent ces hémorrhagies sont associées à d'autres symptômes de l'ictère acholurique, à un ou plu-

sieurs des symptômes que nous avons rapidement passés en revue dans notre description des symptômes consécutifs. Chez les uns, c'est la dyspepsie ; chez les autres, la neurasthénie, ou bien des douleurs rhumatismales. Chez d'autres, enfin, nous rencontrons simultanément des troubles dyspeptiques, des troubles neurasthéniques, des symptômes cutanés, des hémorrhagies. Parfois, cependant, ces dernières constituent le symptôme dominant : on a affaire, alors, à l'ictère acholurique hémorrhagipare.

Donc, dans un premier groupe de faits, les hémorrhagies existent au cours de l'ictère acholurique, mais n'en dominant pas le tableau clinique : ce sont les plus nombreux, et il n'est, pour ainsi dire, pas de malade atteint d'ictère acholurique qui ne dise avoir eu des épistaxis de croissance, avoir facilement des gingivorrhagies ; les femmes sont, dans la règle, sujettes aux ménorrhagies.

Mais à côté de ces faits, il en est d'autres où les hémorrhagies prennent une importance considérable et, par leur abondance, elles peuvent entraîner un pronostic sérieux. C'est à ces cas que nous réservons le nom d'ictère acholurique hémorrhagipare.

ICTÈRE ACHOLURIQUE HÉMORRHAGIPARE

Nous désignons donc, sous le nom d'ictère acholurique hémorrhagipare les cas où des hémorrhagies abondantes, profuses, absorbent, au moins pour un temps, la scène clinique, le malade étant considéré, par ailleurs, comme bien portant. Tel le cas de ce malade (obs. VIII) qui, après avoir souffert vers l'âge de 12 ans, d'épistaxis remarquablement abondantes, se plaint encore à 25 ans, d'être sujet à des saignements de nez et des gingivorrhagies fréquents. Tel le cas d'une malade (obs. VI) dont les règles, sans être d'une durée anormale, sont trois ou quatre fois plus abondantes qu'il n'est physiologique.

1° *Ictère acholurique hémorrhagipare avec épistaxis prédominantes.* — Nos malades, comme la plupart des hépatiques, sont sujets aux hémorrhagies, épistaxis principalement prises à tort pour des épistaxis de croissance, faute d'une donnée étiologique précise.

Ces épistaxis, nous l'avons vu, surviennent soit spontanément, soit, surtout, à la suite d'un rhume de cerveau ou d'un traumatisme sur la région nasale. Beaucoup de nos malades ont, eux-mêmes, observé que le moindre coryza était accompagné, chez eux, d'épistaxis inquiétantes. Nous citerons le cas (obs. VII) de ce malade

qui saigne du nez toutes les fois qu'il est enrhumé du cerveau.

En ce qui concerne le traumatisme, les épistaxis persistaient bien après la guérison de la lésion locale. La congestion de la muqueuse nasale créait, selon nous, un « *locus minoris resistentiæ* » qui favorisait les hémorrhagies chez nos sujets prédisposés. Ces épistaxis se répètent, disparaissent parfois pendant longtemps pour réparaître à l'âge adulte avec leurs premiers caractères. Ces épistaxis sont profuses, quelquefois, ou bien se réduisent à un simple, mais presque continu, suintement. Elles pourraient être rebelles au traitement que l'on institue ordinairement contre elles, mais elles céderont à la thérapeutique dirigée contre l'ictère ucholurique.

Nous rappellerons, à ce propos, les cas de Verneuil que nous avons cités dans l'historique, cas dans lesquels la guérison d'épistaxis rebelles fut obtenue par l'application, tout empirique, d'un vésicatoire sur la région du foie. Verneuil se trouvait donc en présence d'une affection latente de la glande hépatique. Cette affection latente ne serait-elle pas l'infection atténuée des voies biliaires, créant un type morbide spécial, l'ictère acholurique ?

2° *Ictère acholurique hémorrhagipare avec ménorrhagies. Chlorose ménorrhagique.* — Les ménorrhagies se rencontrent assez souvent. Ménorrhagies survenant, le plus fréquemment, à l'occasion des règles : La congestion mensuelle de la muqueuse utérine intervenant ici comme cause provocatrice. Ces ménorrhagies sont, parfois, d'une durée telle qu'elles ne laissent de répit à la malade que pendant quinze ou douze jours par mois,

quelquefois elles sont presque constantes et ne retirent que peu de bénéfices du traitement ordinaire. Dans certains cas les règles ne présentent rien d'anormal dans leur durée mais elles sont très abondantes, trois ou quatre fois plus abondantes qu'elles ne devraient être.

D'autres fois, enfin, les ménorrhagies sont surtout abondantes aux approches de la ménopause.

A côté des ménorrhagies, se place la question de la chlorose dite ménorrhagique. Nous nous sommes trouvé en présence de malades chez lesquelles les ménorrhagies constituaient le symptôme prédominant, et MM. Gilbert et Lereboullet citent l'observation (observation que nous rapportons plus loin (Obs. I), d'une jeune fille chez laquelle les ménorrhagies duraient quinze jours et plus par mois. Pas de décoloration des muqueuses, mais une teinte jaunâtre, rappelant la teinte des chlorotiques, avait fait porter le diagnostic de chlorose. Un traitement avait été institué pour combattre cette chlorose, mais il n'apportait aucune aucune amélioration à l'état du sujet. Le sérum fut examiné, la présence de pigments biliaires leva les doutes, le diagnostic de *fausse chlorose d'origine ictérique* fut posé et l'efficacité du traitement dirigé contre l'ictère acholurique vint le corroborer.

3° *Ictère acholurique hémorrhagipare à types variés. Hémorrhagies intestinales.*— Dans un autre cas une malade soignée, dans le service de M. Gilbert, pour ictère acholurique, fut prise, pendant son séjour à l'Hôpital, d'hémorrhagies intestinales profuses. On ne trouva pas de signes rationnels d'ulcère du duodenum, d'hémorrhoïdes ou d'autres causes d'hémorrhagies intestinales.

L'ictère acholurique était-il cause de ces hémorrhagies ? L'évolution ultérieure semble en faveur de cette opinion, mais ne saurait permettre de l'affirmer.

Si les hémorrhagies dominent la scène, il y a lieu, cependant, de ne pas négliger les autres symptômes de l'ictère acholurique, symptômes auxquels, assez souvent, elles s'associent et qui aident au diagnostic. Des somnolences, des troubles dyseptiques ont été observés.

Des douleurs articulaires, musculaires ou osseuses, sans rhumatisme aigu, ont été signalées, douleurs analogues à celles qui, dans nombre de cas, accompagnent la cirrhose biliaire, mais bien moins vives, toutefois.

La neurasthénie — tendance aux idées noires, céphalée, inaptitude au travail — et quelques manifestations de la névrose hystérique, peuvent se joindre aux hémorrhagies.

Néanmoins, ces troubles restent atténués et ce n'est, souvent, qu'un interrogatoire méthodique qui les révèle.

L'ictère acholurique entraîne donc à sa suite et, assez fréquemment, des hémorrhagies. Nous avons essayé d'en établir une classification, d'en décrire les caractères. Le cadre de ces hémorrhagies, cadre assez restreint pour le moment — les études sur ce point datent d'hier — s'élargira certainement. Nous avons pu voir par nous-même que pour trouver l'ictère acholurique, il suffit presque de penser à le rechercher. Les observations pourront donc être nombreuses et nous avons la conviction que beaucoup d'hémorrhagies dites essentielles, qu'un grand nombre de cas d'hémophilie pourront lui être rattachés.

DIAGNOSTIC

On conçoit que lorsqu'on se trouvait en présence d'une hémorrhagie rebelle, sans lésions locale ou viscérale patentes, le plus difficile était de diagnostiquer l'ictère acholurique, ictère qui, si on n'a pas l'esprit prévenu, peut être facilement méconnu. On tend, en effet, à considérer la teinte jaune de la peau comme normale, tant son intensité est faible ; et puis les conjonctives ne sont, en règle, jamais imprégnées. Les familles ne la signalent pas et si on les interroge sur ce point, elles répondent que ce teint, pour nous anormalement coloré, comparable à celui du Créole ou de l'Oriental, est, pour elles, qualité négligeable : tous les membres de la famille, à de rares exceptions près, ont le teint mat, jaunâtre et présentent des troubles qui leur font attribuer « un tempérament bilieux »

Pour faire donc le diagnostic d'ictère acholurique, il faut avoir l'attention attirée sur lui, penser à le rechercher. Et alors on évitera bien des erreurs. Nous avons signalé, chemin faisant, celles auxquelles le médecin pourrait être exposé en présence d'ictère acholurique hémorrhagipare, contentons-nous de les rappeler : épistaxis de croissance, stomatorrhagies, ménorrhagies, chlorose. Aussi lorsqu'on observera ces diverses manifestations

hémorrhagiques, il conviendra de rechercher l'ictère acholurique.

Il faudra se rendre compte de l'état du sérum. Ce sérum présente-t-il nettement une teinte jaune orange à reflet verdâtre assez accusé? Il y a lieu de penser que ce sérum contient des pigments biliaires vrais ou modifiés et de poser le diagnostic d'ictère acholurique. Néanmoins, pour être affirmatif, il faut soumettre le sérum à l'examen spectroscopique. L'effacement de la partie droite du spectre confirmera le diagnostic. La coloration est-elle assez peu accentuée pour qu'on ne puisse la déceler que par comparaison avec la teinte d'un sérum normal? L'examen spectroscopique s'impose. L'assombrissement de la portion droite du spectre lèvera tous les doutes que l'on aurait pu avoir.

EVOLUTION

L'évolution des hémorrhagies causées par l'ictère acholurique est liée à celle de l'ictère acholurique; il semble pourtant que, si l'on croit pouvoir avancer que l'ictère acholurique dure indéfiniment, qu'il est sujet à des variations, qu'il ne disparaît le plus souvent pas complètement, les hémorrhagies paraissent ou s'arrêter d'elles-mêmes ou s'atténuer considérablement sous l'influence du traitement.

Parmi les cas que nous avons observés, nous citerons ceux de certaines épistaxis dites de croissance qui ont définitivement disparu au moment de la puberté. Inversement, nous avons vu des ménorrhagies n'apparaître qu'à certaines occasions, aux approches de la ménopause, notamment. Mais l'application du traitement rendra ces accidents peu graves, les améliorera et pourra en amener la disparition.

PATHOGÉNIE

Quelle est la pathogénie des hémorrhagies qui se présentent au cours de l'ictère acholurique ?

MM. Gilbert et Lereboullet ont examiné le sang et n'ont pas noté de grandes modifications dans son état, ni dans la rapidité de la coagulation, ni dans les autres caractères de celle-ci. Pourtant les quelques examens hématologiques qu'ils ont pratiqués, ont, assez fréquemment, révélé l'existence d'un certain degré d'anémie. Ils ont observé « la diminution parallèle du chiffre des globules « rouges et de leur richesse en hémoglobine ou une diminution beaucoup plus marquée de celle-ci, sans leucocytose appréciable ». Rien donc du côté du sang qui puisse mettre les hémorrhagies sur le compte de son état.

Voyons, sans les discuter en elles-mêmes, si parmi les théories qui ont été mises en avant pour expliquer la genèse des hémorrhagies aux cours des affections du foie, il en est une que nous puissions retenir (1).

1. Pour les diverses théories pathogéniques des hémorrhagies dans les maladies du foie, nous avons consulté une revue générale sur « Les hémorrhagies dans les maladies du foie », de Dopter in *Gazette des Hôpitaux*, 4 août 1900.

La théorie mécanique, par stase veineuse du système porte, ne peut s'appliquer à l'ictère acholurique qui ne s'accompagne d'aucun trouble circulatoire.

Nous ne pouvons, non plus, invoquer et la théorie des altérations vasculaires mettant en avant la friabilité des petits vaisseaux et la théorie humorale qui s'y rattache, théorie incriminant la dyscrasie sanguine créée par l'insuffisance hépatique. L'ictère acholurique n'entraîne ni troubles vasculaires importants ni insuffisance hépatique.

La théorie de la congestion porte vise des points particuliers. Il faut que le foie soit assez sérieusement affecté pour que les hémorrhagies se produisent. Or nous avons vu que, dans l'ictère acholurique, le foie était sensiblement normal, sans déformations appréciables.

Aucune de ces théories ne peut nous satisfaire. A quelle théorie donc nous rattacher ?

Le fait le plus frappant, chez nos malades, est la présence d'un état de cholémie chronique légère ; par ce point seul leur sang se distingue de celui d'un sujet normal. Quand on se rappelle la fréquence des hémorrhagies au cours des maladies des voies biliaires s'accompagnant de cholémie, telles, par exemple, que les cirrhoses biliaires, on ne peut s'empêcher de rattacher à la cholémie cette prédisposition aux hémorrhagies. C'est, en effet, parallèlement, que nous avons vu diminuer, chez nos sujets, et l'ictère (et par suite la cholémie) et les hémorrhagies. C'est en visant la cholémie que l'on a pu, dans certains cas, obtenir la rétrocession des hémorrhagies. Nous sommes donc disposés à penser que la présence de la bile dans le sang (quel que soit, d'ailleurs, le méca-

nisme de son action, que nous ne saurions préciser) qui facilite la production des hémorrhagies.

Mais si c'est là la cause nécessaire, fondamentale, il faut, néanmoins, le plus souvent, une cause occasionnelle et nous avons noté, en décrivant l'ictère acholurique hémorrhagipare, combien variée était cette cause occasionnelle : traumatisme nasal ou gingival ; conditions physiologiques telles que la croissance, la menstruation.

En résumé, nous croyons que deux termes, l'un constant, l'autre inconstant, expliquent la pathogénie de l'ictère acholurique hémorrhagipare :

1° La présence de la bile dans le sang, la cholémie.

2° Une cause occasionnelle, physiologique ou accidentelle, facilitant la rupture vasculaire et l'hémorrhagie.

TRAITEMENT

Le traitement doit s'adresser aussi bien à l'hémorrhagie qu'à sa cause.

Le plus souvent l'hémorrhagie, peu importante et peu grave par elle-même, devient inquiétante et grave par sa répétition. C'est à la prévenir que l'on doit s'attacher.

Pour ce faire, il faudra diriger le traitement contre l'ictère acholurique. Il conviendra de soumettre les malades au régime lacté absolu ou mitigé : on sera guidé en cela par la gravité des cas qui se présenteront. On pourra, aussi, retirer des effets favorables des cures hydro-minérales pratiquées, soit à domicile en dehors des saisons balnéaires, soit aux stations mêmes pendant ces saisons. Les eaux de Pougues, d'Evian, de Vichy sont, dans ces cas, indiquées. De même les eaux et sels de Carlsbad ou les eaux de Vichy ou de Vals sulfatées.

L'hydrothérapie tiède, enfin, complètera avantageusement le traitement.

Sous l'influence de cette thérapeutique on verra les accidents s'atténuer d'une façon notable. Entre autres exemples des bons effets obtenus par les moyens que nous venons d'énumérer, nous citerons le cas (obs. I) d'une jeune fille de 22 ans qui, depuis quatre ans, souffrait

de ménorrhagies très abondantes, durant quinze jours et plus par mois et qu'aucun traitement n'avait pu arrêter. L'examen du sang fit porter le diagnostic d'ictère acholurique hémorrhagipare et il a suffi de soumettre la malade au régime lacté, à la cure de Vichy et à l'hydrothérapie tiède pour que les ménorrhagies cessent. La guérison se maintient actuellement.

Si les hémorrhagies sont abondantes et profuses, il y aura lieu de les traiter directement : les agents hémostatiques seront employés.

L'opothérapie hépatique préconisée par MM. Gilbert et Carnot peut être d'un grand secours

En résumé, le traitement consiste à viser moins les hémorrhagies que l'ictère qui les commande, à chercher à diminuer la cholémie et en même temps à faire disparaître les causes occasionnelles provocatrices. Quant aux agents hémostatiques il y a lieu d'y recourir, mais ils n'interviennent ici qu'à titre accessoire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite) (1).

MM. Gilbert et P. Lereboullet.

Ictère acholurique. Ménorrhagies. Fausse chlorose ménorrhagique.

Mlle X..., 22 ans, a toujours eu le teint jaune mat. Sa mère présentait d'ailleurs ce teint.

Un frère le présente également et serait même plus jaune qu'elle.

La malade, bien portante dans l'enfance, a eu, il y a quatre ans, un ictère franc qui a duré six semaines ; selles décolorées et urines foncées.

Depuis, elle a gardé un teint jaune mat surtout marqué aux mains et au visage et s'accroissant au moment des fatigues.

Elle n'a jamais eu d'épistaxis ; pas de somnolences, pas de douleurs articulaires, pas d'urticaire, pas de troubles dyspeptiques ni nerveux.

Mais elle se plaint, depuis son ictère, de ménorrhagies très abondantes durant quinze jours et plus par mois et qu'aucun traitement n'a pu arrêter jusqu'à présent. Elle était considérée comme atteinte de chlorose ménorrhagique.

Actuellement, elle présente, en effet, un teint qui se rap-

1. Toutes les observations qui suivent sont inédites et ont été recueillies à l'hôpital Broussais dans le service de M. le Dr Gilbert.

proche de celui des chlorotiques, mais les muqueuses sont bien colorées.

Pas de trouble viscéral important.

L'examen du sang, dont la coagulation est normale, révèle un sérum légèrement teinté effaçant la partie droite du spectre. Le diagnostic d'ictère acholurique est porté, la malade est mise au régime lacté, à l'hydrothérapie tiède. Au bout de quinze jours, les ménorrhagies ont complètement cessé et actuellement la guérison se maintient. En même temps la teinte jaune du visage s'est considérablement atténuée faisant place à un teint normal.

OBSERVATION II

Ictère acholurique. Epistaxis de croissance. Fausse chlorose d'origine ictérique.

M. A..., 20 ans, a eu, de 13 à 16 ans, des épistaxis très abondantes, qualifiées alors d'épistaxis de croissance. Depuis, il est encore sujet aux épistaxis, toutefois celles-ci sont moins fréquentes, elles tendent à s'atténuer depuis deux ans.

Pas d'autres hémorrhagies.

Le malade a eu toujours le teint jaunâtre.

A la suite des épistaxis le sujet a été anémié au point que, en l'absence d'étiologie précise et à cause de la teinte pâle du visage, le diagnostic de chlorose fut porté, chez lui, à diverses reprises.

Actuellement le teint est encore décoloré et jaunâtre mais les muqueuses ne paraissent pas décolorées.

Pas d'ictère des conjonctives.

Aucun trouble viscéral.

Les épistaxis ont presque entièrement disparu.

Pas d'autres signes d'ictère acholurique : ni dyspepsie, ni neurasthénie, ni urticaire, ni douleurs rhumatismales.

Personne dans sa famille, n'a eu d'hémorrhagies, mais il a un frère, âgé de 17 ans, qui présente le même teint jaunâtre, s'accroissant, prenant les allures d'une jaunisse caractérisée, au moment des fatigues.

Le sang a été examiné en octobre dernier.

G. R. = 5.553.500

G. B. = 7.600

R. G. = 3.380.000

V. G. = 0,61

Le sérum était assez fortement teinté et donnait un effacement assez complet de la partie droite du spectre.

OBSERVATION III

Ictère acholurique. Epistaxis. Hématémèses. Hémorrhagies diverses.
Dyspepsie. Urticaire.

Marie C..., 29 ans, entre à l'hôpital Broussais le 19 novembre 1900.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont morts depuis de longues années, la malade ne se rappelle pas qu'ils aient présenté aucune tare hépatique.

Un frère, alcoolique, mort à 31 ans de pneumonie, était très sujet aux *épistaxis*. D'après la malade, il n'avait pas de teinte jaune marquée des téguments.

Antécédents personnels. — A eu à 10 ans, un érysipèle de la face qui dura 15 jours.

A l'âge de 15 ans, la malade a eu des épistaxis abondantes et fréquentes en même temps, ses règles étaient très abondantes et plus fréquentes que normalement.

A l'âge de 17 ans, elle était traitée à l'Hôtel-Dieu pour de la chlorose. Elle aurait eu, aussi, vers cette époque, à plusieurs reprises, des crachements de sang, (hémoptysies)?

A l'âge de 19 ans, elle a eu à trois ou quatre reprises, des hématomèses noires, assez abondantes, coexistant avec des douleurs gastriques qui cessèrent vers l'âge de 21 ans, lorsqu'elle se maria. Elle a eu deux enfants actuellement bien portants.

A 23 ans, elle a eu une pneumonie, et quelques bronchites passagères ; jamais de coliques hépatiques.

Elle a été, à 28 ans, opérée pour salpingite double.

L'an dernier, *urticaire* violent, survenant à plusieurs reprises, en général sous l'influence de causes alimentaires, parfois, aussi, sans cause apparente.

Etat actuel. — Teinte jaunâtre des téguments, surtout marquée au visage. Pas de prédominance à la paume des mains.

La malade se plaint d'hémorragies gingivales fréquentes et spontanées. Les épistaxis se renouvellent encore assez souvent. Elle dit avoir des hématomèses peu abondantes et très espacées. Depuis l'opération qu'elle a subie, les règles sont insignifiantes.

Troubles digestifs caractérisés par une douleur épigastrique, avec retentissement dorsal, exagérée par la pression au

niveau de l'épigastre, s'accroissant 3/4 d'heure environ après chaque repas, parfois accompagnée de vomissements.

Pas de troubles objectifs du côté du foie et de la rate.

Parfois, pourtant, douleur spontanée et provoquée au niveau de la vésicule biliaire, avec frisson et fièvre, survenant une heure environ après le repas.

Pas de troubles respiratoires objectifs. La malade a eu, au cours de son séjour à l'hôpital, une légère hémoptysie.

Pas de troubles cardio-vasculaires.

Urines abondantes, claires, légèrement albumineuses, sans pigments biliaires vrais ou modifiés.

Nervosisme assez marqué, mais sans troubles objectifs nets.

Le *sérum* est très coloré, efface complètement la partie droite du spectre.

Après son séjour à l'hôpital, où elle fut soumise au traitement de l'ictère acholurique, la malade sort améliorée, moins jaune, les troubles dyspeptiques ont disparu ; le sérum est beaucoup moins teinté.

OBSERVATION IV

Ictère acholurique. Epistaxis. Ménorrhagies. Antécédents héréditaires (épistaxis familiales).

Mlle L. D..., âgée de 20 ans, entre à l'hôpital Broussais en octobre 1900, pour chloro-anémie.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont actuellement vivants. Le père, âgé de 56 ans, présente une teinte légèrement jaunâtre du visage. Il n'a jamais eu de coliques hépatiques, ni d'ictère, mais il a été atteint de douleurs rhu-

tismales qui l'ont tenu à la chambre longtemps. Etat nerveux assez accentué.

La mère, âgée de 62 ans, présente la même teinte jaunâtre des téguments. Elle a eu des coliques hépatiques à l'âge de 45 ans. Ces crises reviennent, en général, tous les mois. Somnolences digestives. Pas de douleurs articulaires, de prurit, d'épistaxis.

Parmi ses trois frères, qui présentent aussi cette teinte jaunâtre, il en est un qui, de 10 à 15 ans, a eu de nombreuses épistaxis très abondantes. Des deux autres, l'un a eu, jusqu'à 17 ans, des crises nerveuses, l'autre ne présente aucun trouble spécial.

Une sœur, âgée de 40 ans, a, également, une teinte jaunâtre du tégument. Elle a eu, dans sa jeunesse, des *épistaxis* abondantes. Elle aurait été atteinte, vers l'âge de 14 ans, de douleurs rhumatismales. A l'âge de 22 ans, nouvelles crises. Depuis, plus de crises. Vers l'âge de 37 ans, somnolences digestives, crises de coliques hépatiques avec ictère consécutif.

Antécédents personnels. — La malade a eu, de 12 à 15 ans, des *épistaxis* abondantes. Depuis, les *épistaxis* ont continué et coïncident, en général, avec l'époque des règles. Les règles reviennent à intervalles fixes, mais sont assez abondantes. Elles durent environ cinq jours. La malade se plaint, en outre, d'hémorrhagies gingivales.

Etat actuel. — La malade présente une légère teinte subictérique de tout le corps, surtout marquée à la face, dans les régions palpébrales inférieures, au niveau des sillons naso-géniaux. Le front est également assez coloré. *Prurit* assez marqué surtout au niveau des mains.

Pas de troubles objectifs du foie et de la rate.

Pas de troubles cardio-vasculaires.

Urines claires, assez abondantes, contenant, par intervalles, une légère quantité d'albumine.

Pas de pigments biliaires vrais ou modifiés.

Nervosisme assez marqué. Pas de troubles objectifs du côté de la sensibilité générale, ou des organes des sens.

L'examen du sérum a montré un sérum faiblement, mais nettement teinté, effaçant la partie droite du spectre.

OBSERVATION V

Ictère acholurique. Troubles dyspeptiques.

Hémorrhagies intestinales.

Mlle M. D..., âgée de 21 ans, entrée à l'hôpital pour un érythème noueux.

Antécédents héréditaires. — Mère avait le teint jaune; morte à 30 ans d'affection cardiaque. Père mort à 56 ans, asthmatique.

Deux frères ont le teint jaune; l'un souffre en outre de troubles dyspeptiques.

Antécédents personnels. — Etant jeune elle a eu la scarlatine; pas d'autres maladies infectieuses. Vers 12 ou 13 ans, fréquentes épistaxis qui ont persisté jusqu'à 16 ans. A 15 ans, poussée d'urticaire.

Réglée à 13 ans, les règles, sans être d'une durée anormale, ont été très abondantes jusque vers l'âge de 18 ans. Depuis, elles sont normales.

Actuellement encore épistaxis, assez rares.

Etat actuel. — Teinte jaune générale de tout le corps, plus marquée au visage.

Pas de symptômes digestifs accusés. Langue normale. Légères douleurs au creux épigastrique, mais sans signes objectifs anormaux. Diarrhée fréquente.

Un mois avant l'entrée de la malade, elle aurait eu une hémorrhagie intestinale caractérisée par l'apparition de sang rouge rendu par le rectum en même temps que les selles.

Pas de signes objectifs du côté du foie et de la rate.

Pas de troubles cardio-vasculaires.

Pas de troubles respiratoires.

Urines claires, abondantes, sans pigments biliaires normaux ou modifiés.

Pas de troubles nerveux marqués.

Le sérum contient des pigments biliaires en assez notable quantité. Il est très-teinté, et efface la partie droite du spectre.

Au cours de son séjour à l'hôpital, alors que les douleurs stomacales restaient relativement atténuées, la malade a fait plusieurs hémorrhagies intestinales de *sang rouge* mêlé aux matières, particulièrement abondantes et répétées le 26 décembre. Depuis, les hémorrhagies se sont renouvelées, mais en moindre abondance. Dans l'intervalle des hémorrhagies, selles très noires. Elles ont définitivement cessé le 31 décembre. L'examen local ne révéla aucune trace d'hémorroïdes; les signes douloureux n'étaient pas suffisants pour faire admettre l'hypothèse d'ulcère du duodenum que l'évolution ultérieure ne paraît pas, d'ailleurs, avoir confirmée. L'absence d'hypothermie à la suite des hémorrhagies, la guérison facile et rapide ont conduit à cette conclusion qu'il s'agissait sans doute

d'hémorrhagies liées à l'ictère acholurique dont était atteinte la malade. Elle est sortie, au début de février, très améliorée; le sérum était plus clair, la teinte jaune des téguments avait diminué, les hémorrhagies et les douleurs avaient cessé.

OBSERVATION VI

Ictère acholurique. Ménorrhagies.

Mlle X. quinze ans.

Coliques hépatiques vésiculaires depuis deux mois.

Teint jaunâtre de l'ictère acholurique.

Grand mère jaune. coliques hépatiques.

Tante coliques hépatiques.

Mère et père rien.

La malade a eu des petites poussées d'ictère à l'occasion de crises plus douloureuses.

Foie et rate normaux. Vésicule non perceptible.

Crises rhumatismales répétées, dans l'épaule droite.

Pas de dyspepsie, de neurasthénie, d'hystérie, d'urticaire, de prurit, de somnolences.

Réglée à 13 ans. Depuis un an, les règles sans être d'une durée anormale, (5 jours) sont extrêmement abondantes, 3 ou 4 fois plus abondantes qu'il n'est physiologique, d'après la mère de la malade.

Pas d'épistaxis.

OBSERVATION VII

Ictère acholurique. Epistaxis.

Nicolas B..., 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère a le teint jaune et est dyspeptique.

Frère, coliques hépatiques probables. Teint mat. Autres frères et sœurs, rien de net, mais auraient été anémiques vers 16 ou 17 ans.

Lui-même a toujours eu le teint coloré mais avec un fond de teint un peu jaune.

A 12 ou 13 ans il a eu des épistaxis fréquentes et abondantes, 3 ou 4 fois par jour, disparaissant pendant des mois puis revenant par périodes. Elles ont ensuite diminué vers l'âge de 15 ans.

Il saigne du nez fréquemment, lorsqu'il se mouche ou lorsqu'il est enrhumé du cerveau.

Il saigne facilement des gencives.

Pas d'urticaire, pas de somnolences.

Troubles neurasthéniques.

Troubles dyspeptiques.

En mai et juin, après une longue période de malaises, il aurait eu un ictère grave, avec selles décolorées, qui aurait duré 8 jours. Depuis, les troubles dyspeptiques se sont accentués avec malaise stomacal persistant et sensation de pesanteur douloureuse, surtout marquée vers 4 ou 5 heures du soir. Actuellement, teinte jaune du corps assez peu prononcée mais accentuation nette au niveau de la face et de la paume des mains.

Le sérum est très teinté.

Les urines ne renferment pas de pigments biliaires. Elles sont légèrement albumineuses par intervalles.

OBSERVATION VIII

Ictère acholurique. Epistaxis.

X., 25 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère jaunedyspeptique, rhumatisante ; épistaxis fréquentes.

Oncle maternel aurait eu un ulcère de l'estomac et un ictère passager.

Tante maternelle Lithiasique avec poussées de jaunisse.

Un frère a le teint légèrement jaune.

Une sœur est sujette à l'urticaire et aux somnolences.

Une autre sœur et un autre frère ont eu des épistaxis de croissance mais ne sont pas jaunes.

Le sujet a eu des *épistaxis* remarquablement abondantes à partir de 12 ans.

A 13 ou 14 ans, ictère franc, très marqué, de longue durée, au cours duquel le malade a eu des épistaxis très abondantes, du saignement des gencives, du méلœna, de l'urticaire.

Depuis, il est resté subictérique, avec teinte plus marquée à l'occasion d'une fatigue, d'une émotion, d'une colère. Depuis 2 ans rétrocession assez marquée.

Epistaxis de temps à autre. Saignement des gencives.

Le malade est encore sujet à l'urticaire.

Somnolences après le repas et le matin au réveil.

Pas de douleurs articulaires.

Pas de troubles digestifs.

Troubles neurasthéniques légers.

Le sérum, très nettement teinté, efface la partie droite du spectre.

Les urines ne contiennent pas de pigments biliaires.

CONCLUSIONS

1° Au cours de l'ictère acholurique, des hémorrhagies diverses peuvent s'observer, constituant un des principaux symptômes de cette affection remarquablement fréquente. Il semble qu'on puisse retrouver cet état pathologique à l'origine d'un certain nombre d'hémorrhagies, qualifiées, à tort, d'essentiellles.

2° L'ictère acholurique, par l'état de cholémie chronique légère qui l'accompagne, crée une véritable prédisposition aux hémorrhagies. Tantôt, celles-ci surviennent sans cause, tantôt, et le plus souvent, elles sont provoquées par un traumatisme léger ou par une cause physiologique (épistaxis de croissance, ménorrhagies). Ces hémorrhagies entraînent souvent une chloro-anémie consécutive qu'on pourrait, à tort, considérer comme primitive (chlorose ménorrhagique, fausse chlorose d'origine ictérique).

3° Toutes les hémorrhagies peuvent s'observer. Les plus fréquentes sont : les épistaxis à la période de croissance, les ménorrhagies, le saignement des gencives ; plus rarement on peut rencontrer d'autres hémorrhagies (hémorrhagies intestinales, hémoptysies, peut-être purpura etc).

4° Tantôt les hémorrhagies ne sont qu'un symptôme accessoire surajouté aux autres symptômes de l'ictère

acholurique (troubles dyspeptiques ou neurasthéniques, urticaire, douleurs rhumatismales, etc). Tantôt elles constituent le symptôme prédominant : ce sont ces cas qui ont été groupés dans le cadre des hémorrhagies essentielles et qu'il convient de désigner sous le nom *d'ictère acholurique hémorrhagipare* (Gilbert et Lereboullet).

5° Le diagnostic de ces hémorrhagies et de leur cause repose sur la notion de l'ictère acholurique, qu'il faut savoir rechercher, en s'enquérant des divers symptômes qui traduisent sa présence et en faisant l'examen du sérum, examen seul capable de donner une certitude en permettant d'y déceler la présence de pigments biliaires.

6° La cause de ces hémorrhagies semble être l'état de cholémie chronique légère qui est le caractère fondamental de l'ictère acholurique. On les voit, en effet, cesser sous l'influence d'un traitement dirigé contre cet état plus que contre des hémorrhagies elles-mêmes.

Vu : le Président de la thèse :

JOFFROY

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GREARD

